N° 127.

ESSAI

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 juin 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR BERTRAND GAY, de Roanne,

Département de la Loire;

Ancien Chirurgien interne de l'hôtel-Dieu de Lyon.

Ingens, mox in principio præsens, vitalium prostratio, audit *malignitas*.

MAX. STOLL, *de Febribus*, aph. 490.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur*.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER, *Président*. / ..... / CHOMEL, *Suppléant*.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS, *Examinateur*. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois, *Examinateur*.
Bayle.	Gerdy.
Bérard.	Gibert, *Examinateur*.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled, *Suppléant*.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MONSIEUR LOUIS MERLE,

MON ONCLE.

Hommage de la plus profonde reconnaissance.

B. GAY.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

ESSAI

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Une maladie qui attaque un si grand nombre d'individus, et dont les symptômes sont si effrayans, a dû depuis long-temps fixer l'attention des observateurs; aussi nous la voyons plus ou moins bien décrite dans les auteurs même les plus anciens. Hippocrate l'a nommée *καυσος*; Galien, *synoque putride*; Sydenham, *fièvre pestilentielle*; Morgagni, *fièvre maligne*; Sauvages, *typhus*; Stoll, *fièvre putride*, et cette dernière dénomination a pendant long-temps été seule employée. Dans des temps plus rapprochés de nous, on lui a encore donné une foule de noms nouveaux : Pinel la nomma *fièvre adynamique, ataxo-adynamique*; Rasori, *fièvre pétéchiale*; MM. Petit et Serres, *fièvre entéro-mésentérique*; M. Broussais, *gastro-entérite grave*; M. Andral, *fièvre exanthématique*; M. Bretonneau, *dothinentérite*.

Pour nous, jusqu'à ce que sa nature nous soit bien connue et qu'alors on puisse lui accorder une dénomination rigoureuse, nous lui reconnaissons celle de *fièvre typhoïde*, qui lui a été imposée par M. *Louis*, M. *Chomel* et M. *Neumann*, médecin de la Charité, à Berlin. Nous verrons, en effet, les symptômes de cette maladie présenter l'analogie

la plus grande avec celle du typhus; et, pour mieux appuyer notre choix, nous nous servirons des paroles d'*Hildenbrandt*, qui semblent convenir parfaitement à notre sujet : « Ce mot, dit-il, est réellement le plus convenable; il remonte jusqu'à l'époque des médecins grecs les plus anciens, et il exprime le phénomène le plus constant de la maladie. Cette expression n'entraîne après elle aucune prévention particulière, aucune théorie forcée, ni aucune méthode curative hypothétique. » (*Du Typhus*, p. 17.)

Fièvre typhoïde : fièvre grave accompagnée de stupeur et de prostration, et après laquelle on trouve très-souvent la tuméfaction ou l'ulcération des cryptes agminés de *Peyer* et des follicules isolés de *Brunner*.

Avant *Rœderer* et *Wagler* aucun médecin n'avait songé, dans cette maladie, appelée alors *fièvre muqueuse*, à porter son attention sur le tube intestinal. En 1804, M. *Prost* décrivit des ulcérations de l'iléon et de la valvule de *Bauhin;* mais leur siége spécial paraît lui avoir été inconnu. MM. *Petit* et *Serres*, en 1813, ont noté des ulcérations du canal, sans cependant constater leur existence dans les glandes de *Peyer :* pour eux, la fièvre entéro-mésentérique était une affection distincte de la fièvre adynamique, ayant de l'analogie avec la variole ; les ulcérations étaient le résultat d'une phlogose compliquant la maladie (pag. 43). En 1814, M. *Bretonneau* avait remarqué des granulations ou des ulcères, suivant l'époque de la mort, dans les intestins des malades qui succombaient à la suite de fièvres essentielles. Des épidémies de fièvre typhoïde ayant régné dans la Tourraine, en 1819, le célèbre médecin en chef de l'hôpital de Tours put changer en certitude les soupçons qui le portaient à croire que les glandes de *Peyer* et de *Brnnner* étaient le siége de cette affection. Ces lésions lui ayant paru toujours les mêmes, il lui donna le nom de *dothinentérite*, de δοθιν, *furoncle*, et εντέρον, *intestin*. On ne peut nier que ce résultat n'ait lieu dans le plus grand nombre des cas; mais une observation de dix ans démontre aussi que parfois les intestins ne présentent aucune trace de ces lésions après les fièvres typhoïdes, et, pour cette

raison, le nom de *dothinentérite* ne nous semble pas lui devoir être exclusivement conservé.

Étiologie.

Il est difficile de pouvoir assigner quelque cause certaine à la fièvre typhoïde. On la voit se développer sous l'influence de toutes les impressions atmosphériques et de toutes les constitutions. L'individu le plus robuste, celui qui est d'un tempérament sanguin n'en est pas plus exempt que l'individu faible et d'un tempérament lymphatique. Elle exerce ses ravages dans toutes les saisons. On a voulu la présenter comme compagne accoutumée de la misère, des fatigues, des privations, des peines morales, des longues veilles; on a prétendu que les écarts de régime la favorisaient. Sans aucun doute, ces causes peuvent contribuer à son développement; mais combien de fois ne l'avons-nous pas vue sévir contre des jeunes gens placés dans une condition bien au-dessus du besoin et d'une conduite à l'abri de tout reproche! Peut-être a-t-on eu plus de raison d'admettre au nombre de ces causes un séjour prolongé dans les amphithéâtres de dissection. Une circonstance plus généralement notée, est l'arrivée nouvelle à Paris. Les fièvres typhoïdes, qu'on observe en si grand nombre dans les hôpitaux de cette ville, se développent, pour la plupart, chez des jeunes gens placés dans cette condition; mais M. *Andral*, dans sa Clinique médicale (tom. 3, pag. 448), fait remarquer que ce n'est qu'après une habitation de six à quinze mois qu'elle attaque les élèves en droit ou en médecine, et les jeunes ouvriers.

M. *Bretonneau* a vu la fièvre typhoïde se développer chez des enfans. Les femmes semblent y être moins exposées, les jeunes gens y sont, au contraire, le plus sujets, et l'on peut presque dire que les vieillards n'en sont jamais atteints; du moins est-il rigoureusement vrai que chez eux elle présente des caractères d'une moindre intensité, et que rarement ils offrent après la mort ces lésions intestinales presque constantes chez les adultes.

Épidémique sans contredit, la fièvre typhoïde est-elle contagieuse? MM. *Gendron* et *Bretonneau* affirment avoir constaté la contagion dans les villes et les villages de la Tourraine; pour nous, dans les hôpitaux de Paris, et surtout dans ceux de Lyon, que nous avons dû suivre plus long-temps, nous ne pouvons rapporter un seul cas de contagion à notre connaissance. Jamais un de nos amis, jamais aucune personne chargée du soin des malades n'a contracté la fièvre typhoïde : non que nous voulions par là nous mettre en opposition directe avec les professeurs célèbres que nous avons cités ; mais nous penchons ainsi vers l'opinion de plusieurs maîtres dont nous avons suivi les leçons, qui pensent que la contagion a besoin, pour exister, de circonstances qui nous sont encore entièrement inconnues.

Symptômes précurseurs.

Douleurs erratiques articulaires, céphalalgie occipitale ou frontale, anorexie, langue blanchâtre, urines moindres, sommeil agité et non réparateur des forces, rêvasseries, sueurs légères, découragement, taciturnité; toux légère, sans fièvre ; voilà les prodromes que présente la fièvre typhoïde, et qui bien souvent échappent au malade et à l'investigation du médecin. Cependant si on peut les observer, on remarquera que le prognostic doit être d'autant plus grave qu'ils sont plus lents à se développer.

Symptômes.

La fièvre se déclare ordinairement par un frisson violent, suivi d'une chaleur vive; elle est continue ou rémittente, avec des exacerbations vers le soir. Bientôt on aperçoit de la stupeur, de l'hébétude dans les traits, les yeux sont injectés ; la langue, sillonnée et couverte à la base d'un enduit assez épais jaunâtre ou verdâtre, est rouge sur ses bords et à sa pointe. Quelquefois il y a sensibilité à la fosse iliaque droite; il existe de la diarrhée, rarement de la constipation. Les ma-

lades sont sujets à des rêvasseries ou tourmentés par des songes effrayans. Quand ils sont debout, ils éprouvent des vertiges, les forces sont moindres, les réponses tardives et embarrassées; le pouls est fréquent, plein chez quelques individus pléthoriques, petit chez les autres. La peau se couvre souvent, vers le huitième jour, de sudamina, et quelquefois de ces taches de couleur rosée, légèrement élevées, qui disparaissent par desquamation après cinq ou six jours, et que M. *Chomel* a appelées *typhoïdes*. Ces tâches sont peu nombreuses, les sudamina, au contraire, se montrent en grande quantité au cou, à la poitrine, à l'abdomen : il est rare qu'à ces symptômes ne viennent pas se joindre ceux d'une congestion du côté de la poitrine; il y a de la toux, une expectoration visqueuse et parfois rouillée, l'auscultation donne le sentiment d'un râle crépitant léger, la respiration est plus difficile. Si la maladie doit être légère, ces symptômes ne s'aggravent pas, ils disparaissent, au contraire, progressivement vers le troisième septénaire, la convalescence commence alors; cependant nous l'avons vue arriver beaucoup plus tard sans que les symptômes soient jamais parvenu à un plus haut degré d'intensité.

Mais si la maladie doit être plus grave, souvent dès le troisième jour on voit une exacerbation rapide des symptômes déjà énumérés : la fièvre est intense, des épistaxis fréquentes se déclarent, la peau est sèche, chaude, âcre; la prostration, même chez les hommes les plus robustes, devient extrême; le décubitus a lieu sur le dos et paraît presque impossible sur toute autre partie; les malades tendent sans cesse à descendre au fond de leur lit. La face présente le dernier degré de la stupeur et du découragement; le pouls devient très-petit excessivement fréquent, irrégulier; les fonctions de l'entendement paraissent presque anéanties. Les réponses des malades sont lentes, saccadées, leurs mouvemens pénibles; ils éprouvent des soubresauts dans les tendons, et sont souvent plongés dans un état de somnolence dont on ne peut les tirer. D'autres fois un délire plus ou moins violent s'empare du malade; la langue est sèche, râpeuse; il y a une

diarrhée abondante, et souvent une douleur très-prononcée à la région iliaque droite.

Plus tard, et nous remarquerons qu'on ne peut diviser en aucunes périodes un peu précises la nature de cette affection; plus tard, dis-je, le pouls devient tremblotant, à peine peut-on en saisir les pulsations; la prostration est extrême, l'adynamie complète; les ailes du nez sont dilatées, le teint est livide; la langue, que le malade peut à peine montrer', est rétractée, croûteuse, couverte d'un enduit noir et épais; les dents, sèches, sont presque cachées par le même enduit, l'haleine est d'une fétidité remarquable; les malades répondent avec peine aux questions; les déjections sont involontaires, extrêmement fétides, et la sonde est souvent nécessaire pour vider la vessie. Les parties saillantes sur lesquelles repose le malade, les trochanters, le sacrum, se couvrent de larges escharres, et cette tendance à la gangrène s'observe jusqu'aux plaies des vésicatoires et aux piqûres de sangsues. Souvent l'inflammation d'un organe important, celle des poumons surtout, vient se joindre à ces symptômes et en augmenter le danger.

Parvenus à cette intensité, presque toujours ces symptômes se terminent par la mort. Parfois ils semblent s'amender sous l'influence du traitement: ce mieux être dure un jour ou deux, puis on les voit reparaître et sévir avec plus de fureur. Il faut bien distinguer ce retour funeste des symptômes, de cette exacerbation subite, et plus dangereuse encore, qui dénote une perforation de l'intestin à la suite d'un ulcère. Cet accident a souvent lieu lorsque la convalescence semblait tendre à une parfaite guérison. Dans ce cas, tout à coup la douleur de l'abdomen devient déchirante, il y a des vomissemens, ballonnement du ventre, décomposition rapide des traits, horripilations; et l'autopsie vient confirmer le diagnostic, peu difficile du reste, d'une péritonite grave suite de la perforation.

Mais si les symptômes persistent dans leur décroissement progressif, on voit souvent paraître une nouvelle éruption de sudamina, ou des sueurs copieuses. La stupeur disparaît peu à peu, et le ma-

lade n'a plus à courir que le danger d'une trop abondante suppuration des eschares, dont la guérison est très-difficile à obtenir.

Prognostic.

Après un ensemble de symptômes aussi effrayans, on concevra sans peine que rarement le prognostic de cette maladie doive être favorable. Il est trop vrai que souvent elle a une terminaison funeste, et que, dans beaucoup de cas, elle s'avance à cette terminaison par une marche qu'aucun effort n'est capable d'entraver, et qui semble se jouer de la médication la mieux dirigée. Mais aussi l'observation démontre que l'espoir ne doit pas être rejeté même à la vue du péril le plus prochain. Le signe le plus favorable est la diminution lente et graduée des symptômes les plus alarmans, alors seulement on pourra faire entrevoir une issue heureuse. J'ai déjà indiqué combien on devait se méfier d'un amendement brusque, et l'on ne doit jamais perdre de vue qu'une perforation mortelle peut se manifester au milieu des signes de la plus heureuse convalescence.

Les circonstances dans lesquelles se trouvait le malade à l'invasion de la maladie, les différentes complications qui se sont déclarées, et le développement plus ou moins rapide des symptômes, sont encore autant de considérations qui doivent influer sur le jugement du médecin. Il devra aussi tenir compte des dangers résulant de la suppuration des escharres qui seraient survenues.

Traitement.

On a employé contre la fièvre typhoïde les méthodes de traitement les plus différentes. Les anciens, cherchant à détruire le principe de putridité qu'ils lui supposaient, la traitaient par les astringens, les fortifians, les excitans : les humoristes prodiguaient l'ipécacuanha, l'émétique, et surtout les purgatifs. Aujourd'hui, ceux qui ne voient qu'une violente inflammation de la muqueuse gastro-intestinale ont

adopté une méthode toute antiphlogistique. Le traitement tonique a aussi ses partisans, et nous voyons encore les purgatifs exclusivement employés par quelques praticiens.

Convaincu, d'après les leçons de nos maîtres et par l'observation, que là peut-être plus que partout ailleurs on doit rejeter toute méthode exclusive, nous prendrons conseil, dans le traitement de la fièvre typhoïde, des circonstances dans lesquelles se trouve le malade, des différens degrés de la maladie, des symptômes prédominans et des complications qui seraient venus s'y joindre. Dans le plus grand nombre de cas, cependant, voilà la marche que nous suivons.

Au début, si l'individu est jeune, robuste, si la maladie se montre avec des symptômes éminemment inflammatoires, surtout s'il se joint des accidens du côté de la poitrine, une saignée sera pratiquée. J'ai dit au début, parce qu'il m'a semblé que plus tard elle était plus nuisible qu'utile. Souvent après les saignées la langue se sèche et la prostration devient plus grande. Si l'on voulait encore mieux justifier le rejet de cette médication fréquemment renouvellée, ne pourrait-on pas s'appuyer sur l'aspect et la composition du sang tiré à une époque quelconque de la maladie? Une grande quantité de sérum, un caillot peu épais, l'absence presque constante de cette couenne, que sa fréquence, dans les inflammations, à dotée de leur nom, voilà, ce me semble, des raisons qui contr'indiquent l'emploi des saignées répétées. Si, d'après l'état général du malade, on est obligé de revenir aux émissions sanguines, des sangsues à l'anus m'ont paru de beaucoup préférables.

S'il existe des signes de congestion du côté du cerveau, on placera des sangsues aux tempes, ou derrière les apophyses. Dans ces cas, les boissons émollientes et délayantes seront seules employées; la diète la plus sévère sera observée.

Lorsque l'adynamie se prononce, il faut, sans hésiter, recourir aux toniques. C'est sous l'influence des préparations de quinquina que les forces et le pouls se releveront; la langue s'humectera, les dents se nettoieront, l'aspect des ulcères deviendra meilleur.

L'extrait sec de quinquina est la préparation la plus employée à la dose d'un demi-gros à un gros dans une potion; on peut le donner encore en infusion, en décoction, en teinture : l'acétate d'ammoniaque offre aussi de très-bons résultats. Nous l'administrons à la dose d'une demi-once à une once ; mais M. *Mazuyer*, de Strasbourg, l'a donné à celle de deux onces et plus, et n'a eu, dit-il, qu'à se louer de son emploi. On fera concourir à ce traitement les boissons acides minérales ou végétales, et surtout le sirop de vinaigre, qui semble jouir ici d'une sorte de spécificité (M. *Fouquier*, Lec. or.). On l'associe à l'eau de riz; on fera, de plus, des fomentations sur l'abdomen avec l'alcohol camphré, la teinture de kina.

Dans la dernière période, on ajoutera les dérivatifs et les révulsifs, sans oublier la tendance à la gangrène observée si souvent aux plaies des vésicatoires. On cherchera à éviter l'ulcération des trochanter et du sacrum en faisant, autant que possible, exécuter au malade des changemens de position, en ayant soin d'entretenir les parties dans une minutieuse propreté. Si malgré ces précautions il se forme des escharres, celles-ci tombées, on pansera les plaies avec la poudre de quinquina sur des plumasseaux de charpie imbibés d'une légère solution de chlorure de chaux.

La convalescence est longue après une fièvre typhoïde, et les soins qu'elle exige sont nombreux et essentiels ; que le malade évite de prendre une trop grande quantité d'alimens, qu'on choisisse de préférence les analeptiques de facile digestion, que surtout un air pur vienne se joindre à ces moyens. Ainsi pourra-t-on espérer de voir peu à peu les forces revenir à leur état naturel.

Anatomie pathologique.

Nous allons rapidement examiner les altérations que l'on rencontre dans les différens organes, pour arriver à la plus importante et à la plus constante dans la fièvre typhoïde, je veux dire l'altération des glandes de *Peyer* et de *Brunner*.

Malgré le trouble des fonctions nerveuses qui se manifeste toujours dans la fièvre typhoïde, malgré le délire violent dont quelques malades sont atteints, malgré la persistance souvent très-longue de ces désordres, le cerveau présente rarement après la mort des lésions notables. On rencontre cependant chez quelques individus l'engorgement des vaisseaux, l'injection des méninges, l'épanchement de sérosité dans les cavités de l'arachnoïde ou dans les ventricules, le pointillé de la substance cérébrale et des nuances de sa consistance, toutes lésions que l'on a également observées dans bien des cas où pendant la vie aucun désordre nerveux ne s'était manifesté. Pour nous cette assertion de M. *Andral*, que dans les fièvres dites *essentielles* il n'y a pas de symptômes nerveux qui ne puisse se montrer sans altération apréciable du cerveau et de ses dépendances, reste vraie dans toute son étendue.

Assez souvent pendant la vie les lésions du poumon et des bronches sont annoncées par les symptômes qui dénotent une affection de ces organes; mais il s'en faut que la gravité et l'étendue de ces lésions puissent être notées d'avance d'après ces symptômes; bien plus, il arrive que ces altérations se développent d'une manière latente et ne se découvrent qu'à l'autopsie. Il est peu d'individus qui présentent des poumons sains après avoir succombé à une fièvre typhoïde; beaucoup offrent un engouement remarquable d'où s'échappe une grande quantité d'un liquide spumeux, rougeâtre ou incolore. L'hépatisation du poumon se rencontre aussi fréquemment; mais une altération qui semble plus particulière à notre affection, c'est le tissu du poumon devenu imperméable à l'air, brun ou d'un rouge livide et s'écrasant sous les doigts comme une sorte de pulpe; la rate ramollie donnerait une assez juste idée de cet état pathologique.

Ce dernier organe est très-fréquemment augmenté de volume, son tissu est ramolli, sans cependant que son parenchyme soit altéré. Ce gonflement paraît tenir à une très-grande quantité de liquide semblable à de la lie de vin, que l'on en fait sortir avec assez de facilité.

L'estomac se présente assez souvent dans un état normal ; quelques ecchymoses, des injections occupant rarement une partie un peu considérable de sa surface, ne seront jamais suffisantes pour nous expliquer l'aspect de la langue à toutes les périodes de la maladie. On rencontre beaucoup plus souvent un ramollissement bien marqué de la muqueuse gastrique et même des autres tuniques, qu'un léger tiraillement suffit alors pour déchirer. Le grand cul-de-sac en est le siége le plus ordinaire, et sa couleur ne diffère pas de celle de la muqueuse à l'état de santé, excepté dans quelques cas où elle se montre grise ou rougeâtre.

Le duodénum et les quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle n'offrent presque jamais d'altération, quelquefois même tout l'intestin se présente dans un état normal ; mais le plus ordinairement la partie inférieure offre cet exanthême en plaques ou isolé, ces ulcérations qui en sont la suite et qui ont fait donner le nom de *dothinentérite* à la maladie qui nous occupe ; enfin on rencontre des perforations de l'intestin. Il nous importe d'examiner ces différens états pathologiques dans les différens âges de la maladie.

Il est hors de doute que les glandes agminées de *Peyer* et les follicules isolés de *Brunner* ne soient le siége de cet exanthême, et en même temps il est très-difficile de tracer une ligne d'une exacte démarcation entre l'état sain de ces organes et le commencement de leur état pathologique ; mais, après quelques jours, si on l'observe dans les plaques de *Peyer*, on trouve que celles-ci font au-dessus du niveau de l'intestin des saillies elliptiques allongées, rouges ou grises, quelquefois d'un blanc mat, dures ou se laissant enlever avec facilité. Dans leur épaisseur on peut remarquer facilement les follicules qui les composent, on peut même voir leurs orifices, mais d'autres fois la plaque ne semble présenter qu'une masse homogène. Dans les follicules isolés la maladie se montre surtout très-près du cœcum. On voit des boutons isolés rouges, gris ou blanchâtres, conoïdes, percés à leur sommet ou sans trace d'orifice : ils sont en petit nombre et plus

souvent encore on en rencontre une très-grande quantité ; ils sont plus élevés que les plaques et recouverts par la muqueuse. La maladie peut ne pas s'étendre plus loin, dans ce cas un affaissement des plaques et des boutons est le signal de la résolution.

Si la marche de la fièvre n'est pas entravée, l'ulcération se déclare : alors le sommet des petites tumeurs ou quelques points des plaques s'ouvrent, un morceau de tissu cellulaire sous-muqueux, mortifié, se montre semblable au bourbillon d'un furoncle, et comme lui ne tarde pas à sortir. Des ulcères qui en résultent, les uns sont exactement arrondis, d'autres présentent la forme des plaques, quelquefois ils se réunissent et surtout à la face supérieure de la valule iléo-cœcale. Leur fond, d'une couleur rouge, grise ou noirâtre, est formé par la tunique musculaire ou par la péritonéale ; les bords sont formés par la muqueuse rouge et épaissie ou blanche et mince ; entre chaque ulcération cette membrane ne présente souvent aucune altération apréciable. On peut rencontrer dans la même portion d'intestin tous les degrés de l'affection exanthémateuse, jusqu'aux cicatrices provenant de la guérison des ulcères.

Les ulcérations des plaques ou des follicules peuvent se terminer par la perforation ; elle survient presque toujours à une époque avancée de la maladie. Les phénomènes d'une péritonite intense la dénotent souvent ; la mort en est toujours le résultat plus ou moins immédiat.

Le gonflement des ganglions mésentériques accompagne toujours l'ulcération des glandes de *Peyer*. On les voit égaler la grosseur d'un œuf de pigeon ; leur tissu est moins dense, brunâtre, friable et contenant quelquefois de petits foyers purulens. Nous avons assez souvent constaté cette altération dans des ganglions éloignés des points malades de l'intestin, nous croyons cependant que leur affection n'est que le résultat de la lésion principale.

Pour compléter ce tableau d'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde, notons que l'appendice cœcale semble partager l'état mor-

bide de l'intestin, non par des boutons, mais par une foule de petits points noirs développés dans toute son étendue; cette lésion est presque constante.

La nature du tissu cellulaire paraît aussi altérée; on voit souvent son tissu comme poisseux, noir, flétri et facile à déchirer.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

II.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

III.

A plagâ in caput stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph* 8.

V.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.